6.

Ueber maligne Tumoren der vulva.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medicin und Chirurgie

welche

mit Genehmigung der Hohen Medicinischen Fakultät

der

vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

zugleich mit den Thesen

Mittwoch, den 22. Juli 1891 Mittags 12 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Carl Blümcke

aus Parnow bei Cöslin.

Referent: Herr Geheimrath Prof. Dr. Kaltenbach.

Opponenten:

Herr Drd. med. **Ernst Bischoff**

Herr Drd. med. **Bruno Reymer.**

Halle a. S.,

Gustav Schröter, Buchdr., Parkbad.

1891.

Die Zeugungsorgane des Weibes, die Brustdrüsen mit eingerechnet, sind entschieden mehr zur Entwicklung maligner Neubildungen disponirt, als die des Mannes. Besonders gilt dies von den mammae, deren Statistik neoplasmatischer Affectionen eine erhebliche Differenz zu Gunsten des männlichen Geschlechts aufweist, aber dieser Unterschied tritt auch bei der Vergleichung der malignen Tumoren an den inneren Sexualorganen beider Geschlechter deutlich hervor. Genitalerkrankungen, bedingt durch bösartige Geschwülste, bilden daher stets ein sehr erhebliches Material in den gynäkologischen Kliniken, und nicht wenige Patientinnen fallen diesen Affectionen alljährlich zum Opfer. Z. B. fand Willingk[1]) auf dem Sectionstisch in fünf Jahren unter 477 Carcinomen (beiderlei Geschlecht) allein 204, welche die weiblichen Generationsorgane mit Einschluss der mammae befallen hatten, oder 40,6 %. Aber nicht der ganze Sexualapparat von der vulva bis zum fundus uteri mit seinen Adnexen ist in gleicher Häufigkeit für maligne Neubildungen prädisponirt. Gurlt[2]) stellte folgende Frequenztabelle zusammen, welche sich freilich allgemein auf gut- und bösartige Geschwülste bezieht: unter 11,140 Frauen betrafen den uterus allein 2845

uterus und vagina	604
vagina allein	114
vulva	89

Unter diesen 11,140 Tumoren entfielen allein 7479 auf das Carcinom. Hieraus ist einmal ersichtlich, dass der maligne Character der Neoplasmen überwiegt, sodann, dass ihre Frequenz von innen nach aussen abnimmt, die äusseren Genita-

---

[1]) Prager Viertelsjahrschrift X und XIII, 1854 und 1856.

[2]) Langenbecks Archiv XXV. Heft 2.

lien also am seltensten ihren Sitz bilden, was alle Autoren bestätigen, z. B. Scanzoni[1]), Klebs[2]) und andere. Winkel[3]) fand unter: 115 Frauen 3 Sarcome
4107 „ 17 Carcinome,
Eisenhart[4]) unter 658 gynäkologischen Kranken zwei primäre Carcinome der vulva und Gönner[5]) unter 900 (von 1873—1881 auf der Baseler Klinik beobachteten) Patientinnen 99, welche an Carcinom litten und unter diesen wiederum 5 mit Krebs der vulva, also circa 5% aller Fälle. Auch Virchow, L. Mayer, Marc d'Espine und Tanchon haben statistisch nachgewiesen, dass erst auf 35—40 Uteruscarcinome ein Carcinom der äusseren Genitalien kommt.

Unter 483 an Sarkom erkrankten Frauen fand Gurlt keine mit Sarkom der vulva, und zwar erstreckten sich diese Beobachtungen auf 11 140 mit Neubildungen behaftete Patientinnen über einen Zeitraum von 25 Jahren. Ferner schreibt Hildebrandt[6]): „Das Sarkom der vulva gehört zu den Affectionen, welche primär so selten vorkommen, dass selbst die mit reichstem Material versehenen Beobachter nur wenige Fälle eigener Erfahrung anzuführen im Stande sind.“ Diese Angaben mögen genügen; aus ihnen geht hinreichend hervor, dass unter den Neubildungen der vulva, welche allein einen malignen Character in sich tragen, die carcinome ein erheblich grösseres Kontingent stellen, den ziemlich seltenen Sarcomen gegenüber. Dies Verhältniss wird deutlich illustrirt, wenn man die einschlägige Litteratur betrachtet; eine Uebersicht über dieselbe möge jetzt für die Carcinome folgen.

Während für die krebsigen Geschwülste derjenigen Körperstellen, welche erfahrungsgemäss am häufigsten carcinomatös degeneriren, schon lange Statistiken existieren, fanden sich über die vulvacarcinome nur vereinzelte, spärliche Berichte

---

[1]) Weibliche Sexualorgane p. 760.
[2]) Handbuch der pathol. Anat. p. 968.
[3]) Lehrbuch der Frauenkrankheiten p. 24.
[4]) Sitzungsb. der Gesellsch. für Gynäkol. in München 1889.
[5]) Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäkolog., Stuttgurt 1882.
[6]) Billroth, Gynäkologie p. 58.

vor, deren Untauglichkeit zur Feststellung der Häufigkeit des Vorkommens Mayer[1]) mit Recht bedauert, da meist Ausdrücke wie „schwammige Auswüchse", „Blutschwamm" gebraucht sind; damit lassen natürlich die betreffenden Diagnosen gerechten Zweifeln Raum. Daran anknüpfend berichtet L. Mayer[2]) über 6 Carcinome und ihm folgen Veröffentlichungen von Behrend[3]) über drei, Lehmann[4]) über fünf Krebse der vulva. Hildebrandt[5]) erwähnt in den „Krankheiten der äusseren weiblichen Genitalien" sechs, in dem „Jahresbericht der Königsberger Klinik" fünf Fälle. Aschenborn[6]) hat zwei Vulvacarcinome gesehen und Müller[7]) 4, darunter 1 Melano-Carcinom. Weiterhin wird das Beobachtungsmaterial reichlicher. Küstner[8]) schreibt ausführlicher über 9 Fälle und will 1881 durch Bekanntmachung seiner bisherigen Erfahrungen einen Anfang zur Statistik machen. Er sagt deshalb am Schluss: „Das grösste Verdienst würde sich dieser Beitrag erwerben, wenn er Anregung gäbe, ein grösseres Beobachtungsmaterial in derselben Weise zu nutzen und zu bearbeiten." Winkel[9]) behandelte 17 Kranke mit Vulvacarcinom, 16 mit Cancroid und 1 mit primärem Cylinderzellenkrebs. Im Anschluss hieran findet sich obiger Bericht von Eisenhart. Auf 4 Fälle geht Martin[10]) näher ein, dieselbe Anzahl veröffentlicht Gönner[11]). Vorliegende Arbeit mag, insofern sie mit den seit 1887 in der Königlichen Frauenklinik zu Halle beobachteten Fällen über maligne Vulvatumoren einsetzt, als Fortsetzung der Schrift von Maas[12]) gelten, der 5 Carcinom- und 3 Sarcomfälle zu Grunde liegen,

---

[1]) Monatsschrift für Geburtsh. XXXII. 1868.
[2]) Virchows Archiv, Bd. 35 u. Monatsschr. für Geburtsh. Bd. 32.
[3]) Inaug.-Dissert., Jena 1869.
[4]) Inaug.-Dissert., Halle 1880.
[5]) Krankh. der äusseren weibl. Genitalien, 1877.
[6]) Archiv für klin. Chirurgie. 1880.
[7]) Berliner klin. Wochenschr., 1881.
[8]) Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäkol., 1881.
[9]) Lehrbuch der Frauenkrankheiten, p. 38.
[10]) Path. und Therap. der Frauenkrankheiten.
[11]) Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäkol., 1882.
[12]) Inaug.-Dissert., Halle 1887.

welche bis 1887 in derselben Anstalt unter Geheimrat Olshausen vorgekommen sind. Auch sonst finden sich noch in der Litteratur Angaben über Vulvacarcinome, deren Aufzählung zu weit führen würde.

Es verlohnt sich wohl der Mühe, das vorstehende litterarische Material, das in seiner Bearbeitung recht verschieden ist, unter gewissen Gesichtspunkten zu sichten und das gewonnene Resultat dann mit den Fällen zu vergleichen, auf welchen vorliegende Arbeit basirt.

Soweit sich ausführlichere Angaben finden, standen unter 42 Patientinnen:

8 im IV. Decenium
9 „ V. „
10 „ VI. „
14 „ VII. „
1 „ VIII „

Der Sitz der Geschwulst war ungefähr:

labium majus in 21 Fällen
clitoris allein in 6 „ und kombinirt
mit den nymphae in 10 „
urethra 1 Fall
glandul. Barthol. 1 „

Als histologische Form des Tumors ergab sich meistentheils Cancroid, zweimal Scirrhus, einmal Melano-carcinom und verschiedene Male primärer Cylinderkrebs. Genaue Differenzirung ist in dieser Hinsicht nicht recht möglich, weil eine directe Angabe oft fehlt.

Da der Frage nach der Betheiligung der Drüsen späterhin noch besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden soll, so sei hier gleich erwähnt, dass die infiltrirten glandulae inguinales in 4 Fällen bei der ersten, in 5 Fällen bei der zweiten Operation mitexstirpirt wurden. Geschwollen waren die Drüsen überhaupt in 17 Fällen beim ersten Eingriff.

Ueber den Dauererfolg der Operation liess sich aus dem gerade darin vielfach lückenhaften Material ungefähr folgendes feststellen: 11 Patientinnen waren 2 Jahre und darüber hinaus gesund, 4 hatten nur eine einjährige Immunitätsdauer; inner-

halb dieser Zeiträume mussten noch kleine lokale Recidive behandelt werden. Der grösste Theil der Kranken erlag in dem ersten Jahr post. operat.

Zur Vergleichung mögen nun die Beobachtungen und Erfahrungen folgen, welche in der gynäkologischen Klinik zu Halle in den Jahren 1887—1891 über das Vulvacarcinom gesammelt wurden. In dieser Periode fanden sich unter 1343 Patientinnen 14, welche an Carcinom der äusseren Genitalien litten, und zwar:

1) Frau P., 42 Jahr alt. Cancroid der clitoris. Extirpation. Nach 2 Jahren kein lokales Recidiv. Dagegen links im Parametrium feste Massen. Ascites; Störungsödem des linken Beines.

2) Frau M., 54 Jahre alt. Ausserhalb, eines Cancroids der vulva wegen, operirt. Jetzt Recidiv an der urethra. 5. Februar 1887 Extirpation desselben und einer carcinomatösen Inguinaldrüse links. Nach 4 Monaten neues Recidiv. Am 26. Januar 1888 erfolgte der exitus letalis.

3) Frau R., 65 Jahre alt. Menses regelmässig. Menopause seit Mitte der vierziger Jahre. 1 partus ohne Kunsthülfe. Wegen „Brennens in der Geburt" und Druck auf die Blase auswärts 3 Wochen lang gepinselt und geätzt. Genitalbefund: Cancroid der vulva, wenig ulcerirt, von der clitoris ausgehend. Harnröhre intakt. Beiderseits Inguinaldrüsen infiltrirt. Exstirpation erfolgte am 2. Mai 1887, zuerst der Leistendrüsen auf beiden Seiten, dann des Vulvacancroids. Die Drüsen zeigten sich microscopisch als nicht carcinomatös. Bald nach der Operation Recidiv in der alten Narbe. Excision des Tumors am 4. Juni 1887. Neues Recidiv. Exstirpation am 24. August 1887.

April 1891 empfangener Nachricht zufolge ist Patientin seitdem recidivfrei und ganz gesund.

4) Unverehelichte K. 55 Jahre alt. Nullipara. Menses stets regelmässig. Menopause seit 9 Jahren. Seit einem halben Jahr (Nov. 86) bemerkte Patientin ein Geschwür an der vulva, das sich beständig vergrössert. Brennende Schmerzen. Befund: Cancroid vom linken labium aus-

gehend; urethra intakt. Inguinal-Drüsen beiderseits infiltrirt. Exstirpation am 6./6. 87 des Tumors und der Leistendrüsen beider Seiten. Letztere liessen mikroscopisch keine krebsige Degeneration finden.

Laut Brief vom April 1891 hatte es anfangs den Anschein, als wenn sich die Geschwulst wieder bilden würde, aber Patientin blieb bis heute recidivfrei und befindet sich andauernd wohl.

5) Frau H. 77 Jahre alt. Menses regelmässig. Mit 42 Jahren Menopause. 2 lebende Kinder geboren; dreimal abortirt. Acht Wochen vor Eintritt in die Klinik 28./7. 87 bemerkte Patientin Brennen und Stechen beim Urinlassen, was sehr oft, aber in mässigen Mengen geschieht. Befund: In der Umgebung der urethra und in der clitoris ein gut wallnussgrosses Cancroid. In der Nacht ante operationen kollabirt Patientin so, dass mit Rücksicht auf Alter und Schwäche derselben von einem operativen Eingriff Abstand genommen werden muss.

6) Frau B. 54 Jahre alt. Menopause seit dem 48. Lebensjahr. Seit Juni 1887 unerträgliches Brennen und Jucken an der vulva. Befund: Am praeputium clitorid. sowie am lab. min. dextr. ein gut haselnussgrosses Cancroid mit zerklüfteter, ulcerirter Oberfläche, auf der Unterlage leicht beweglich. Inguinaldrüsen nicht geschwollen. October 1887 Abtragung mit dem Messer. Vereinigung der Wundränder zu halbmondförmiger Wunde. Heilung per prim. int. August 1888 wird ein Recidiv in der Narbe durch Ovalärschnitt exstirpirt. Glatte Heilung. Schon im Oktober 1888 neues, schnell wachsendes Recidiv an der alten Stelle, äusserst schmerzhaft. Januar 1889 im linken lab. maj. ein mit der Unterlage ziemlich fest verwachsener Tumor, wallnussgross, bis dicht an die urethra reichend. Elliptische Umscheidung. Ausschälung und Ausmeisselung der Neubildung vom aufsteigenden Schambeinast. Naht. Der Defekt liess sich nicht ganz schliessen. Im April 1889 ist das ganze lab. maj. und ebenso das lab. min. dextr. in eine feste, höckerige, ulcerirte mit der knöcheren Becken-

unterlage fest zusammenhängende Geschwulst umgewandelt. Inoperabel. Hochgradige Kachexie, der Patientin am 31. Juli 1889 erlag.

7) Frau G. 64 Jahre alt. Normal menstruirt. Im 48. Jahre Menopause. 4 partus durchgemacht; einmal eine faultote Frucht geboren. Zwei Wochenbetten verliefen leicht fieberhaft. Seit einem Jahr bemerkt Patientin Schmerzen beim Urinlassen und Brennen in verschiedener Intensität, bald an der urethra, bald auf der rechten Seite der vulva, wo zugleich ein kleines Geschwür entstand. Zweimal erfolgten geringe Blutungen. Grosse Schwäche, Abmagerung, Appetitlosigkeit. Genitalbefund: In der Gegend des lab. maius und minus dextrum nach innen bis direkt an die Urethralmündung hin sich ausdehnend, nach oben die Gegend der clitoris und den unteren Theil des mons Veneris einnehmend, eine circa fünfmarkstückgrosse, längliche, flache Geschwulst von derber Konsistenz. Die Oberfläche ist exulcerirt. 10. Januar 1889 Excision ganz im Gesunden, nur nach der Urethralmündung hin muss dicht an der Grenze des Cancroids operirt werden. Ziemlich profuse Blutung steht nach Anlegung tiefgreifender Nähte. Nach zwei Tagen Temperatursteigerung infolge einer hinzugetretenen Pneumonie, der Patientin am 23. Januar 1889 erliegt.

8) Frau H. 65 Jahre alt. Mit 15 Jahren menstruirt; stets regelmässig. Im 50. Jahr Menopause. 13 partus durchgemacht. Geburten und Wochenbetten normal bis auf das VI., in welchem Patientin fieberte und sich drei Abscesse in der rechten Unterleibsseite eröffnen lassen musste. Mehrere Jahre hindurch schwacher fluor. Seit einem halben Jahr bemerkte Patientin eine Geschwulst an den äusseren Genitalien. Beschwerden gering; Abnahme der Kräfte oder Abmagerung nicht vorhanden. Genitalbefund: entsprechend dem lab. min. dextr. und übergreifend nach aussen auf das lab. maius ein ulcerirter harter Tumor, der an seiner Oberfläche Eiter secernirt. Nach oben reicht er bis in die Nähe der Urethalmündung, lässt dieselbe aber frei; nach unten erstreckt er sich über das ganze perineum bis hart an den

anus, dessen obere Cirkumferenz durch das überhängende Neoplasma gebildet wird. An der Innenfläche der grossen und kleinen Schamlippe links eine flache Ulceration genau an der Stelle, welche den erkrankten labien anliegt. Inguinaldrüsen beiderseits stark geschwollen.

Juni 1890 Exstirpation der Geschwulst. Blutverlust nicht bedeutend. Perineum durch quere Vereinigung zum Teil wieder hergestellt. Rektalschleimhaut an der oberen Analgrenze leicht verletzt. Versenkte Catgutligaturen. Vollständig fieberfreier Wundverlauf. Am 4. Tage Urin spontan. Heilung per primam intent. ohne Necrose.

Im Herbst 1890 bildete sich in der rechten Inguinalgegend eine ungefähr klein faustgrosse Geschwulst, von kleineren Knoten rings umgeben. Im November wurde Patientin vierzehn Tage mit Injektionen Koch'scher Lymphe in der chirurgischen Klinik zu Halle differentialdiagnostisch behandelt. Nach der Entlassung zunehmende Kachexie. Die Oberfläche der Leistengeschwulst exulcerirte. An der vulva entstand kein lokales Recidiv. Der exitus letalis erfolgte am 25. Januar 1891.

9) Frau W. 52 Jahre alt. Menstruirt mit 14 Jahren, regelmässig. Seit drei Jahren leichte Schwankungen. 6 partus ohne Kunsthülfe. Einmal bei gemellis atonische Nachblutung. Wochenbetten normal. Vor 4 Monaten bemerkte Patientin eine harte Stelle rechts an der vulva, die sich langsam vergrösserte und wund wurde. Bei Berührung derselben mit Urin stechende Schmerzen. Keine Abmagerung. Befund: Am Halse einige leicht geschwollene Drüsen, ebenso die linken Leistendrüsen infiltrirt. An der Innenseite der vulva, ziemlich genau entsprechend der Vereinigung der grossen und kleinen labien, nach vorn etwa bis zur Mitte der grossen lab. reichend ohne nach hinten die Kommissur zu überschreiten, findet sich eine fast kreisrunde, zweimarkstückgrosse, flache Geschwürsfläche, leicht höckerig, mit gelblich eingetrocknetem Secret bedeckt. Die Umgebung 1 cm weit infiltrirt. Excision des Neoplasmas mit doppeltem Ovalärschnitt. Die Präparation reicht bis zum rectum. Tiefe und oberflächliche Seiden-

suturen. Fieberfreier Wundverlauf. Ueber den Erfolg ist nichts mehr zu eruiren.

10) Frau H. 64 Jahre alt. Menses stets normal. Menopause im 40. Jahr. 6 partus, 1 Abort. Vier Wochen vor der Aufnahme (27. Mai 1889) bemerkte Patientin vierzehn Tage lang schwache Blutung. „Wegen eines Knotens an den äusseren Geschlechtsteilen konnte sie schlecht sitzen.“ Keine Abmagerung oder Kräfteabnahme. Befund: Direkt an der commissura post. ein etwa wallnussgrosser, papillärer, leicht blutender Tumor. Exstirpation im Gesunden. Schnitt bis zum rectum. Drahtnaht. Heilung per primam.

Laut Karte vom April 1891 ist es Patientin bisher sehr gut gegangen. Kein lokales Recidiv.

11) Frau K. 42 Jahre alt. Eine Schwester soll an Carcinoma ventriculi gestorben sein. Menses stets regelmässig. Menopause seit zwei Jahren. 2 partus normal. Ein Wochenbett leicht fieberhaft. Vor zwei Jahren entstand ein Knoten an der rechten labie, der sich allmählich vergrösserte. Seit sechs Wochen starker Zerfall und Secretion. Heftiges Stechen, Reissen, lancinirende Schmerzen an den äusseren Teilen und im rechten Bein. Starke Kreuzschmerzen. Fluor. Keine Abmagerung. Befund: Im oberen Drittel des lab. maj. dextr. ein kleiner wallnussgrosser Tumor von harter Konsistenz, auf dem Knochen verschiebbar. Nach dem introit. hin eine zehnpfennigstückgrosse exulcerirte Fläche. Im praeput. clitorid. geringe Induration mit exulcerirter Oberfläche. Beide Heerde sind durch eine Brücke anscheinend gesunden Gewebes getrennt. Beiderseitige Inguinaldrüsen leicht geschwollen. Am 5. Dezember 1889 ausgiebige Umschneidung im Gesunden und Exstirpation des Tumors mit Entfernung des dazwischen liegenden, anscheinend gesunden, Gewebes. Draht- und Seidennähte. Glatte Heilung. Am 4. Dezember 1890 erhaltener Nachricht zufolge Recidiv in der Narbe. Bald nachher erfolgte der exit. let.

12) Frau K. 58 Jahre alt. Menses stets regelmässig. Menopause seit dreizehn Jahren. Unter 10 partus, 6 mit

forceps. 1 Abort im 3. Monat. Wochenbetten normal. Seit sechs Monaten empfindet Patientin Brennen beim Urinlassen. Fluor, oft blutig tingirt. Einmal Ischurie, dann Incontinentia urinae. Keine Abmagerung. Befund: An der Gegend der clitoris und des Urethralwulstes bis ca. 3 cm hinein in die vagina eine flache Geschwürsfläche. Urethalöffnung nicht auffindbar.

Am Tage nach der Aufnahme in die Klinik (März 1890) wird Patientin plötzlich cyanotisch und ist in wenigen Augenblicken tot. Sektionsbefund: Hochgradiges cor adiposum; Gerinnsel in grösseren Lungengefässen, Carcinommetastasen in der Lunge.

13) Frau K. 63 Jahre alt. Patientin ist schon ausserhalb wegen Cancroid der vulva operirt. Jetzt Recidiv. Etwa zweimarkstückgrosses längliches ulcus in der commiss. post. Exstirpation am 5. Mai 1888. Heilung per priman intent. Der Tod ist am 26. Januar 1890 erfolgt.

14) Frau B. 61 Jahre alt. Menopause seit 11 Jahren. 4 partus ohne Kunsthülfe; 1 Abort. Wochenbetten normal. Seit 5 Monaten empfindet Patientin Schmerzen an den äusseren Genitalien, besonders beim Sitzen und Gehen. In letzter Zeit bemerkte sie Nässen und Kreuzschmerzen. Genitalbefund: Die commiss. post. fehlt; an ihrer Stelle, fast einer ruptura perinei ähnlich, aber extramedian nach links liegend, eine geschwürige Wundfläche, die nach hinten zu hart an den anus, nach oben etwas in die vagina hineinreicht. Der Grund ist hart infiltrirt und zeigt vereinzelte gelbnekrotische Stellen auf der sonst dunkelroten Fläche. Eine analog beschaffene markstückgrosse Geschwürsfläche setzt sich auf die hintere, innere Seite des lab. min. sinistr. fort. Auch am lab. maj. sinistr. eine kleinere Geschwürsfläche. Per rectum fühlt sich die ganze vordere Hälfte des sphincter deutlich hart infiltrirt an, ebenso das Pararectalgewebe links. Mässiges Oedem des lab. maj. sinistr. und des unteren Vaginalteiles. Inguinaldrüsen sind gerade durchfühlbar. Operation am 24. Februar 1891: Die gesamte Neubildung wird mit einer halbmondförmigen Incision umschnitten. Die Umgebung

war so weit infiltrirt, dass nicht sicher im Gesunden operirt werden konnte. Links musste der Schnitt weit nach aussen, dem tuber ischii zu, geführt werden, weil das Fettgewebe daselbst überall eine eigentümliche grauliche Missfärbung zeigt. Die Haut darüber ist hornartig verdickt. Nach vorn wird das ganze lab. min. sinistr. und der grösste Teil der clitoris exidirt. Das Abpräpariren des Neoplasmas vom perineum gelingt ohne Verletzung der Rektalschleimhaut. Links war, entsprechend der grössten Ausdehnung des Carcinoms, ein sehr breiter und bis aufs Periost reichender Defect entstanden, der dem Schluss durch Naht zu grosse Spannung entgegengesetzt hätte. Diese Höhle wurde mit Jodoformgaze tamporirt und darüber die Haut teilweise noch etwas zusammengezogen.

Unter häufigen Ausspülungen mit Kali hypermang. und Tamponade mit Salicylgaze heilt der genähte Teil der Wundfläche bis auf den Perinealteil. Das Uebrige bildet eine sich allmählich schliessende Granulationsfläche. Anfangs komplete incontinentia alvi; bei der Entlassung wird fester Stuhl zurückgehalten.

Einige Tage mässiges Fieber, das bald wieder zur Norm sinkt. Zwanzig Tage post operat. zeigt sich, dass die Ränder der gut granulirenden Wundhöhle hart infiltrirt sind.

Wegen Verdacht auf Carcinomrecidiv wird deshalb von einer sekundären Plastik abgesehen. Nach einigen weiteren Tagen ist am linken Wundrand eine verdächtige haselnussgrosse Stelle zu sehen.

Patientin wurde entlassen und bietet bei der Vorstellung nach vier Wochen folgenden Befund: Die linken Leistendrüsen sind als wallnussgrosses Tumor fühlbar. Die Wunde an der vulva ist durch Granulationen bis auf einen kleinen Spalt geschlossen; ihre Ränder sind aber hart, offenbar carcinomatös, infiltrirt. Inoperabel.

Betrachten wir diese vierzehn Fälle einheitlich unter gewissen Gesichtspunkten, so finden sich im Grossen und Ganzen Uebereinstimmungen mit den Endergebnissen des litterarischen

Materials; sie bieten aber auch einige seltenere, interessante Erscheinungen, die eingehendere Besprechung verdienen.

Die Alterszusammenstellung der Patientinnen ergiebt Folgendes:

dem V.	Decennium	gehören	2 an
dem VI.	„	„	5 „
dem VII.	„	„	6 „
dem VIII.	„	„	1 „

Darnach steigt die Disposition für die Erkrankung an Vulvacarcinom mit zunehmendem Alter, erreicht im VII. Decennium, wie auch aus der Litteraturtabelle hervorgeht, ihren Höhepunkt, um dann wieder zu sinken. Da der von West beobachtete Fall eines Cancroids der vulva bei einer Frau von 31 Jahren der einzige in diesem relativ jungen Lebensalter zu sein scheint, so dürften mithin als Grenzen für die Erkrankung das dreissigste und achtzigste Lebensjahr gelten.

Ueber die specielle Art des Vulvacarcinoms stimmen alle Autoren darin überein, dass das Cancroid d. h. der Plattenpithelkrebs in seinem Vorkommen bei weitem überwiegt. In unseren Fällen wurde er dreizehnmal beobachtet, nur einmal war ein Adeno-Carcinom vorhanden, wahrscheinlich von der glandula Bartholini ausgehend. Winkel behandelte 17 Kranke mit Vulvacarcinom, 16 mit Cancroid, 1 mit primärem Cylinderzellenkrebs. Hildebrandt[1]) „durch relative Häufigkeit zeichnet sich nur das Cancroid aus“, Gurlt u. a. haben dieselben Erfahrungen gemacht. Ueber die Häufigkeit der anderen vorkommenden Formen lassen sich auf Grund der Litteraturfälle leider keine gültigen Schlüsse ziehen, denn, wie erwähnt, variiren die Angaben der Bezeichnungen so sehr, dass eine gesonderte Einteilung unmöglich ist. So viel steht aber fest, dass das Adeno-Carcinom der glandula Bartholini sehr selten ist, diesem drüsigen Organ mithin in der Reihe der primären Ausgangspunkte der letzte Platz zukommt. Vergleichen wir in dieser Hinsicht unsere Fälle, so waren:

---

[1]) Billroths Gynäkologie p. 36.

die labien 5 mal,
die clitoris 4 mal,
die urethra 2 mal,
die Commissuren 2 mal,
wahrscheinlich glandul. Barthol. 1 mal der Sitz.

Auch diese Reihe deckt sich im Ganzen mit der, welche aus der Litteratur erhoben wurde, weicht aber von den Erfahrungen einiger Autoren insofern ab, als z. B. Birch-Hirschfeld [1]) die clitoris als häufigsten Ausgangspunkt gelten lassen will, während Küstner [2]) wieder in direktem Widerspruch damit schreibt „in den neun Fällen meiner Erfahrung von primärem Vulvakrebs ging dasselbe achtmal von einem lab. maj. oder der Furche zwischen diesen und den nymphae aus, in einem vielleicht von der clitoris, wie mir dieses Organ überhaupt primär sehr selten carcinomatös zu erkranken scheint.“ Uebrigens ist die Entscheidung über den primären Sitz meist recht schwierig, wenn nicht oft unmöglich, weil die Patientinnen erst zum Arzt kommen, wenn die Neubildung schon längere Zeit besteht und möglicherweise schon von einem Teil der äusseren Genitalien auf einen andern übergriffen hat. Das Microscop kann auch nur da den Ausschlag geben, wo Verdacht auf primäre Affektion der Bartholinischen Drüse besteht, wie es in einem unserer Fälle (No. 14) war. Während die Untersuchung sonst stets das charakteristische Bild des Cancroids lieferte, war der Befund in jenem Fall ein ganz abweichender, besonders scharf hervortretend bei Vergleichung mit einem Cancroidpräparat. Bei schwacher Vergrösserung präsentiren sich massenhaft bindegewebige Stränge, welche durch wuchernde, grosskernige, epitheliale Zellen anseinandergedrängt sind. Letztere bilden teils spindelige oder runde Heerde, teils langgestreckte, zuweilen verzweigte Züge, welche auch das normale Deckepithel substituirt haben. In deutlich sichtbarer Grenze geht das normale Epithel in das carcinomatös degenerirte Gewebe über, indem

---

[1]) Lehrbuch der pathol. Anatomie.

[2]) Zeitschrift für Geburtsh. und Gynäkologie 1881.

die Epithelzapfen voluminöser werden, tiefer in die unteren Partieen eindringen und viel schwächer gefärbt erscheinen. Hier ist die epitheliale Infiltration mit einer starken Anhäufung von Leucocyten im Bindegewebe verbunden, das, wie schon erwähnt, vermehrt und stellenweise in Fibrillen zerfasert ist. Bei starker Vergrösserung gleichen die alveolenartigen Zellnester grösseren Drüsenbeeren, ganz ähnlich wie beim Mammacarcinom. Auf Grund dieses miscroscopischen Befundes lässt sich wohl mit grösster Wahrscheinlichkeit die Diagnose: Adeno-Carcinom der glandul. Barthol. stellen, obgleich an keiner Stelle normaler Drüsentypus nachgewiesen werden konnte. Aber dies lässt sich aus dem weit vorgeschrittenen Stadium, wofür die vielen soliden Zellhaufen sprechen, und dem offenbar sehr destruirenden Charakter der Geschwulst leicht erklären „Das Gewebe der Adenome ahmt ja einen Drüsentypus nach, giebt jedoch niemals den dem betreffenden Organ normal zukommenden Drüsentypus vollkommen wieder; gewöhnlich ist schon die Konfiguration der Drüsen nicht typisch . . . . (Ziegler[1]). Fettige Degeneration, Verkäsung oder Einschmelzung fanden sich nicht. Die differential-diagnostische Untersuchung auf Tuberkelbacillen ergab natürlich ein negatives Resultat. Auch Sitz und Ausgangspunkt rechtfertigen die Vermutung einer drüsigen Grundlage.

Dass überhaupt die glandula Bartholini carcinomatös entarten kann, steht fest (Fritsch[2]), Birsch-Hirschfeld[3]), Coën[4]) u. a.). Sinn[5]) berichtet über einen Tumor dieser Drüse, wahrscheinlich epitheliale Neubildung, der bei der Section einer, im Leben die Erscheinungen einer Leukaemie darbietenden Frau gefunden wurde. Ganz zweifellos ist dagegen der Fall, den Geist[6]) veröffentlicht. Er betraf eine 59jährige Patientin. Microscopisch fanden sich central Bindegewebs-

---

[1]) Patholog. Anatomie, Teil I, p. 278.

[2]) Centralblatt f. Gynäkol., 1880.

[3]) Lehrbuch der pathol. Anatomie.

[4]) Beitrag zur pathol. Anat. von Ziegler.

[5]) Inaug.-Dissert., Marburg 1890.

[6]) Inaug.-Dissert., Halle 1887.

fasern mit vielen Lücken, welche mit epitheloiden carcinomatösen Zellen, angeordnet zu zapfenähnlichen Bildungen, ausgefüllt sind. Dazwischen waren noch normale acini und Drüsengänge vorhanden. Der Sitz der Geschwulst entsprach genau demjenigen der Bartholinischen Drüse.

Ausser den erwähnten Krebsformen der vulva kommen noch Scirrhus- und Melano-Carcinom vor. Letzteres ist recht selten. Eiselt[1]) hat alle Fälle über Pigmentkrebs gesammelt, 249 im Ganzen, wobei nur 10, also etwa 4%, die weiblichen Geschlechtsorgane betrafen. Beobachtet haben Weiss[2]) und Martin[3]) ein Carcinoma melanoticum vulvae.

Die Aetiologie der Vulvacarcinome ist, ebenso wie die der krebsigen Degeneration in anderen Organen, noch wenig aufgeklärt. Wie schon nachgewiesen, werden vorwiegend alte Personen befallen, aber durchaus nicht solche, welche häufige partus und Entbindungen mit Kunsthülfe durchzumachen, sondern meist Frauen, die normal geboren hatten, sogar Nullipare und virgines wie No. 4 unserer Fälle beweist. Mechanische Insulte intra partum, wie sie ja nicht so selten sind z. B. Clitorisruptur, Riss in den commissuren dürfen in der ätiologischen Frage also doch nur mit Vorsicht verwandt werden. Nur Aschenborn[4]) berichtet von einem Vulvacarcinom bei einer Patientin von 32 Jahren „das post partum entstanden sein soll". Zuweilen lassen sich aber irgendwelche voraufgegangene pathologische Gewebsveränderungen, bedingt durch Hypertrophie, Excoriation u. a. nachweisen. So berichtet Winkel[5]) von zwei virgines; einmal sollte das Carcinom aus einer angeborenen Warze der clitoris hervorgegangen sein. Küstner[6]) glaubt zwei Fälle beobachtet zu haben, wo das Neoplasma

---

[1]) Prager Vierteljahresschrift, Bd. 70. 1861 u. Bd. 70. 1862.

[2]) Aerztlicher Bericht des k. k. allg. Krankenhauses zu Prag 1882.

[3]) Berl. klin. Wochenschrift 1881.

[4]) Archiv für klinische Chirurgie 1880.

[5]) Pathologie p. 275.

[6]) Zeitschrift für Geburtsh. u. Gynäkologie 1881.

aus Atheromen entstanden war, und Lancial[1]) sah „un épithélioma primitif de la vulve, localisé à la grande lèvre gauche au niveau d'un ancien abscès". Bei zwei von Olshausen[2]) operirten Patientinnen war einmal ein Geschwür der vulva vorausgegangen und einmal eine verruca mit Jucken und Schmerzen beim Urinlassen. Diese Angaben stützen nur die Cohnheim'sche Theorie, nach der „gutartige angeborene Tumoren später auftretenden malignen Neubildungen als Unterlage dienen, und Reste früherer Entzündungen, besonders in Organen, welche einer zeitweise auftretenden nutritiven Reizung ausgesetzt sind, den Ausgangspunkt abgeben können."

Eine nicht uninteressante und wichtige Frage in dieser Hinsicht dürfte die sein, in welchem Zusammenhange stehen pruritus senilis vulvae und maligne Degeneration derselben? Sie ist schon öfter angeregt, und Winkel[3]) weist mit folgenden Worten darauf hin: „Das jahrelang fortgesetzte Kratzen wegen Juckens an der vulva dürfte nicht ohne Bedeutung sein, wenn auch das Vorkommen des Cancroids im Vergleich zum pruritus senilis der äusseren Genitalien ein sehr seltenes zu nennen ist". Mit den heute gültigen Anschauungen über die Aetiologie der Geschwülste, bei denen ja nur Bewegung auf Allgemeinplätzen gestattet ist, lässt es sich wohl in Einklang bringen, wenn man annimmt, dass der puritus senilis das Primäre, die maligne Degeneration das Sekundäre sei. Wenn durch Rentention des Drüsensecretes — darin soll der pruritus bestehen — das so überaus lästige Jucken hervorgerufen wird, so liegt es in der Natur der Sache, dass die Patientinnen sich manuell durch Reiben mit den Kleidungsstücken dieses Gefühl zu erleichtern suchen. Wird das Grundleiden nun nicht beseitigt, und die Therapie führt leider nicht immer zum Ziel, so wirkt der mechanische Insult häufiger ein, und schliesslich „vergesellschaften sich mit dem pruritus gewichtige lokale Erscheinungen. Abgesehen von Verletzungen finden sich Struk-

---

[1]) Journ. de sc. méd. de Lille 1889.

[2]) Maas-Dissert., Halle 1887.

[3]) Lehrbuch der Frauenkrankheiten.

turveränderungen der äusseren Genitalien infolge der chronischen Kongestion, die nymphae verlängern sich, hypertrophiren, oberflächlich erscheint die Mucosa höckerig und verdickt wie die äussere Haut" (N. Gueneau de Mussy [1]). So ist denn der Boden für bösartige Degeneration verbereitet nach analogen empirischen Thatsachen über die Entstehung von Carcinomen an anderen Körperstellen. Ich erinnere nur an die allgemein unter den Chirurgen verbreiteten Anschauungen über die Aetiologie des Rauchens beim Lippenkrebs; zweifellos steht es fest, dass aus lang dauernder Einwirkung eines Druckes oder chemisch ätzender Substanzen das Carcinom entstehen kann.

Zweitens wäre zu untersuchen, ob die Neubildung das Primäre und der pruritus nur ein Symptom derselben sei, denn die Hauptbeschwerden vieler Patientinnen bilden „Jucken und Brennen". Die Entscheidung dieser Frage ist schwierig, selbst wenn anamnestisch die sorgfältigsten Erhebungen über den Beginn derartiger Empfindungen und die Anfänge des Tumors gemacht würden; sie dürfte aber deshalb nicht unwichtig sein, weil mit der Möglichkeit eines neoplasmatischen Ausganges und der damit verknüpften Lebensgefahr jedem Arzt die Pflicht auferlegt würde, bei dem pruritus senilis alter Frauen nichts ausser Acht zu lassen, was vor allem zur diagnostischen Klärung, sodann zur Beseitigung des Grundleidens und zur Milderung des Juckreizes dienen kann. Freilich ist gerade bei dieser Affection eine reiche Aetiologie zu bedenken: konstitutionelle Krankheiten, gewisse physiologische Entwicklungsstadien, Lokalerkrankungen des übrigen Sexualapparates etc.

Auch an die Onanie als veranlassendes Moment maligner Vulvatumoren lässt sich denken, doch auch dabei schliesst wieder die Möglichkeit, dass erst in Folge des Reizes durch pruritus oder das Neoplasma onanistische Manipulationen ausgelöst werden können, den circulus vitiosus.

Endlich giebt es noch Fälle von malignen Erkrankungen der äusseren Genitalien, welche sich bestimmt auf einmal einwirkende

[1]) Gaz. des Hôp. 1868.

Traumen oder kontinuirliche mechanische Insulte zurückführen lassen. Behrend [1]) beschreibt einen solchen, wo ein Sturz mit der clitoris auf einen Baumstumpf als Ursache eines Vulvacarcinoms beschuldigt wird. West [2]) behandelt eine Patientin, welche ihr Leiden auf einen heftigen Stoss gegen eine Stuhlecke, wobei die äusseren Geschlechtsteile verletzt wurden, zurückdatierte. Interessant sind ferner zwei anamnestische Erhebungen von L. Mayer, wo eine Patientin „anhaltendem Sitzen auf dem Bettrande, während der Krankheit ihres Mannes“, eine andere dem beständigen Scheuern eines Bruchbandes die Schuld gab. Unsere Fälle können leider keinen direkten Beitrag zur Frage der Aetiologie liefern. Wenn sich auch in der Anamnese bei einer Patientin „13 partus, ein fieberhaftes Wochenbett mit drei Abscessen in der rechten Unterleibsseite, fluor“, bei einer anderen „unter 10 partus 6 mit dem forceps“, bei einer dritten vielleicht hereditäre Belastung, alles gewiss der Berücksichtigung werthe Factoren finden, so lassen sich an diese Angaben, wie nachgewiesen, doch nur Vermutungen knüpfen und für die übrigen Fälle ermangelt es überhaupt jeglichen Anhaltspunktes. Zu ihrer Erklärung bleibt vorläufig nichts anderes übrig, als die eigentliche causa in dem Involutionsprocess, nach Sistirung der menses, zu suchen, da ja vorwiegend ältere Personen betroffen werden, die sich dem Klimax nähern oder dasselbe überschritten haben. Nach der von Thiersch aufgestellten Hypothese ist dabei die Epithelwucherung „die Folge der Involution des Bindegewebes, welches dem Wachstumsdruck des Epithels nicht mehr genügend Widerstand zu leisten vermag.“

Aus allen diesen Erörterungen geht wohl hervor, dass die Aetiologie der malignen Vulvatumoren durchaus keine einheitliche sein kann, dass sie aber auch gerade dadurch ein erhöhtes Interesse beanspruchen darf, denn nur durch ihre sorgfältigste Berücksichtigung liesse sich die Entscheidung führen, ob durch die Prophylaxe vielleicht auch hier späteren

---

[1]) Inaug.-Dissert., Jena 1869.

[2]) Lehrbuch der Frauenkrankheiten.

pathologischen Gewebsveränderungen vorgebeugt werden kann. Nicht zum mindesten hat wohl die Erfahrung aller Gynäkologen und Chirurgen, dass dem Mammacarcinom häufig Mastitiden im puerperium vorangehen, den Anstoss dazu gegeben, jede Entzündung, ja jede kleine Excoriation der secernirenden Brustdrüsen durch die peinlichsten prophylaktischen Massnahmen im Wochenbett ängstlich zu verhüten.

Wie mit der Aetiologie, so geht es ferner mit einer anderen höchst interessanten, bedeutsamen Erscheinung, die sich zuweilen bei Vulvacarcinomen vorfindet, nämlich der anscheinenden Uebertragung durch Kontaktinfection des Cancroids. Auch ihre Erklärung kann vorläufig nur eine hypothetische sein. Gerade die Vulvakrebse sind geeignet, zu diesem Kapitel Beiträge zu liefern, weil die symmetrische Anordnung der äusseren Genitalien und ihr naher Kontakt eine Uebertragung begünstigt. Zur Betrachtung derartiger mutmasslicher Ansteckungsfähigkeit fordert eine Beobachtung heraus, welche bei einem unserer Fälle (No. 8) gemacht wurde, wo einem Cancroid der rechten Labien eine flache Ulceration, offenbar carcinomatöse Degeneration, an den linken Schamlippen genau entsprach. Unwillkürlich drängt sich da die schon öfters diskutirte Frage auf, wie kommen solche sekundären Affektionen zu stande? Handelt es sich um äussere Dissemination von Krebskeimen aus dem primären Heerd oder Verschleppung auf internem Wege durch das Gefässsystem, um mechanische Irritation des normalen Gewebes durch das pathologisch veränderte oder um direkte Infektion bakteriellen Ursprungs? Eine Kontaktinfektion könnte auf zweierlei Weise entstehen, entweder durch Mikroben oder durch direkte Impfmetastase d. h. Implantation eines lebensfähigen Geschwulstkeimes per contiguitatem auf die anliegende, pathologisch bereits veränderte Gewebsfläche. Für mikroorganischen Ursprung fehlt zur Stunde noch jeder Anhaltspunkt, dagegen ist man in neuester Zeit durch ähnliche Erscheinungen bei Carcinoma uteri oder anderer Organe mit Metastasenbildung zu der Annahme gedrängt worden, dass es sich in gewissen Fällen nicht um Metastasen im gewöhnlichen Sinne, sondern um

sogenannte Impfmetastasen handele. Geheimrat Kaltenbach[1]) hat schon 1889 hierauf hingewiesen auf Grund einer Beobachtung, wo sich bei einem Carcinoma corporis ein Krebsknoten in der Nähe der Urethralmündung vorfand. Fünf analoge Fälle aus der Königlichen Frauen-Klinik zu Halle veröffentlichte sodann in allerneuester Zeit Fischer[2]); in dem einen wurde der primäre Uteruskrebs der Ausgangspunkt für carcinomatöse Tumoren der vagina und vulva, speciell Urethralmündung, in dem anderen handelte es sich um Narbenrecidiv und kleinhöckerigen Tumor am Harnröhrenwulst nach Totalexstirpation wegen Collumcarcinom. Diese Mitteilungen bieten für unser Thema besonderes Interesse, weil die Metastasenregion hier dreimal die vulva betrifft, was nach Kaltenbach[3]) öfter vorzukommen scheint. Die Annahme, die Fischer in seiner Schrift vertritt, lässt sich nun sehr wohl auch auf unseren speciellen Fall ausdehnen, wo zwei Gewebsflächen nicht durch eine breite normale Zone getrennt sind, sondern sich direkt berühren. Den Entstehungsvorgang könnte man sich darnach ungefähr so denken. Die mechanische Irritation von seiten des Neoplasmas durch Secret, Druck, Volumenzunahme, auf die normale anliegende Hautpartie dürfte wohl zuerst die conditio sine qua non sein. Damit ist also ein locus minoris resistentiae geschaffen. Auf ihn können nun entweder per contiguitatem „lebensfähige Zellconglomerate“, (Fischer) welche günstigen Boden zur Weiterentwicklung finden, implantirt werden, oder zu ihm verschleppen das Blut- und besonders das Lymphgefässsystem, letzteres gemäss seiner anatomischen Anordnung „als breites Netz, welches von dem introitus vaginae und der Urethralöffnung durchbrochen wird, so dass gewissermassen zwei Kreise entstehen, aus dem jederseits einige gröbere Stämme sich sammeln“ (Sappey[4])), Krebspartikelchen. Einen theilweisen Beleg zu dieser Annahme

---

[1]) Berliner klinische Wochenschrift 1889 Nr. 18.

[2]) Zeitschrift für Geburtsh. u. Gynäkolog., Bd. XXI. Heft 1.

[3]) Berliner klin. Wochenschrift 1889.

[4]) Traité d'Anatomie descript. Paris 1874.

dürfte die Beobachtung von Küstner[1]) bilden, der bei einem Carcinom der rechten Lippen auch clitoris und labium min. sinistr. mitexstirpirte, „weil das Epithel auf dem praeputium clitoridis und der linken nympha pathologisch verändert war, wie das Mikroscop erwies, aufgequollen, hypertrophisch „vielleicht infolge des Nässens der gegenüberliegenden Stelle". Natürlich soll damit nicht behauptet sein, dass die Veränderung carcinomatöse Degeneration war, entstanden auf diese oder jene Weise, sondern sie kann nur den Beweis liefern für obige Annahme, dass normales Gewebe durch den Reiz einer ulcerirenden Geschwulstfläche sich pathologisch umformen kann. Wie dem auch sei, jedenfalls dürfte die Hypothese der Kontaktinfektion durch Impfmetastase ungezwungener sein auf Grund der analogen Erscheinungen: carcinoma corporis und sekundär vaginae oder vulvae, wo das Moment mechanischer Einwirkung ganz ausgeschlossen werden kann und nur „des schützenden Epithels entbehrende Stellen" sowie vielleicht der Reiz herabträufelnden Urins nötig sind (Fischer).

Anregungen zu dieser Frage der Kontaktinfektion haben noch Zweifel[2]) und Hildebrandt[3]) gegeben. Ersterer operirte ein Cancroid und konnte in dem anscheinend durch Uebertragung entstandenen kleinen Tumor der anderen Seite mikroscopisch völlige Uebereinstimmung mit dem primären Heerd nachweisen. Er schliesst „diese Beobachtungen haben deswegen grösseres Interesse, weil sie lebhaft für die lokale Uebertragbarkeit, für eine ganz eingeschränkte Ansteckungsfähigkeit des cancroiden Geschwürssecretes sprechen. Diese Thatsache wäre von ausserordentlicher Bedeutung, aber sie ist durch vereinzelte Beobachtungen dieser Art nicht festgestellt". Hildebrand berichtet über einen Fall von Cancroid der vulva „wo an der gegenüberliegenden Hautpartie eine durch Apposition entstandene, mindestens sehr verdächtige Geschwürsfläche sass. Doch liess sich diese Annahme mikroscopisch nicht zweifellos begründen".

---

[1]) Zeitschrift für Geburtsh. u. Gynäkol. 1881.

[2]) Krankheiten der äusseren weiblichen Genitalien p. 91.

[3]) Krankheiten der äusseren weiblichen Genitalien p. 95.

Obgleich über die Sarkome erst später abgehandelt werden soll, so mag doch als Analogon der von Guttenplan[1]) mitgeteilte Fall, der zur Vergleichung recht interessant ist, hier seine Stelle finden. Ein hämorrhagisches Sarkom des uterus bildete Metastasen in der vagina und vulva, wo das orificium urethrae und die rechte grosse Lippe befallen waren. Da alle secundären Tumoren normale Schleimhaut bedeckte, so wurden dieselben als „regionäre Metastasen" angesprochen Eine interne Bildung d. h. auf dem Wege der Blut- oder Lymphbahnen muss in diesen Gegenden also doch wohl möglich sein. Es müssten mithin noch besondere physikalische oder mechanische Faktoren in Frage kommen, die, wie Fischer[2]) angiebt, durch Poiriers Untersuchungen darin bestehen, „dass nur bei sehr stark ausgesprochener retrograder Strombewegung oder bei Vordringen der Keime gegen den Lymphstrom — beides nicht sicher bewiesene Vorgänge —" derartige Erscheinungen, wie sie Guttenplans Fall illustrieren, zu stande kommen können.

Ueber die Prognose der Vulvacarcinome lassen sich natürlich keine allgemein gültigen Regeln aufstellen, da es ganz auf den einzelnen Fall ankommt, ob derselbe früh oder erst in späteren Stadien zur Operation kommt. Meist entschliessen sich die Patientinnen ja leider erst spät dazu, ärztliche Hülfe nachzusuchen, weil die subjektiven Beschwerden grösstenteils nur gering sind; dann ziehen sie auch dem chirurgischen Eingriff die völlig aussichtslose kaustische Behandlung vor und so verstreicht oft die günstige Zeit zur Radikaltherapie. Trotzdem lässt sich aber die Prognose im allgemeinen beim Vulvacarcinom günstig stellen. Zur Begründung dieser Behauptung sollen in Nachstehendem die in der Litteratur beschriebenen und unsere vorerwähnten Fälle auf die Heilungsdauer hin geprüft werden.

Barnes[3]) erwähnt einen 8 Jahre recidivfreien Fall und berichtet ausserdem von einer jungen Frau, dass sie dauernd

---

[1]) Inaugural-Dissertation. Strassburg 1883.

[2]) Zeitschrift für Geburtsh. u. Gynäkologie, Bd. XXI.

[3]) Brit. Gynaec. J., London 1889—90.

geheilt sei. Martin[1]) operirte ein grosses Vulvacarcinom bei einer alten Frau und sah sie über 5 Jahre gesund. Bei einer anderen Patientin war er genöthigt, die ganze vulva zu excidiren samt dem unteren Scheidendrittel mit so gutem Erfolg, dass die Kranke zwei Jahre später spontan gebar, ohne dass lokal ein Recidiv aufgetreten wäre. Endlich hat er noch einen Fall mit andauerndem Erfolg zu verzeichnen. Einen zweijährigen Stillstand des Leidens erzielte Riedinger[2]) einmal und Maas[3]) kommt am Schluss seiner Abhandlung zu dem Resultat: „1) bei Carcinoma vulvae lassen sich durch die bisher übliche Operationsweise etwa 11% definitive Heilung erzielen. 2) Fast der Hälfte der Kranken kann man eine Gesundheitsdauer von mehreren Monaten verschaffen“.

Zweifel[4]) berichtet einen Fall, wo er operirte, nachdem Schroeder 9 Jahre vorher ein Cancroid der rechten Muttermundslippe exstirpirt hatte. Erst nach drei Jahren trat Recidiv ein. Küstner[5]) erlebte einmal vierjährige Heilung, Gönner sogar dreimal mehrjährigen Erfolg. Behrend[6]) fügt seinen Fällen zwei von Veit behandelte bei, wo nach 5 Jahren kein Recidiv eingetreten und endlich veröffentlicht Lehmann[7]) noch ein Vulvacarcinom, dessen Trägerin nach 2½ Jahren vollständig gesund war.

Aus diesen und noch anderen Litteraturangaben, im Ganzen etwa 53, ergiebt sich, wenn man nach Maass eine dreijährige Gesundheitsdauer durchschnittlich als Maassstab für definitive Heilung ansieht, dass in 37% ungefähr dieser Erfolg erzielt wurde. Wie war dem gegenüber nun das Endergebnis in unseren Fällen? Nachstehende Ziffern

---

[1]) Pathologie und Therapie der Frauenkrankheiten.

[2]) Bericht der mährisch-schlesischen Gebäranstalt. Brünn. 1888.

[3]) Inaug.-Dissert. Halle 1887.

[4]) Krankheiten der äusseren weiblichen Genitalien, p. 92.

[5]) Zeitschr. für Geburtsh. u. Gynäkologie. 1881.

[6]) Zeitschr. für Geburtsh. u. Gynäk. 1882.

[7]) Inaug.-Dissert., Halle 1880.

mögen einen Ueberblick über die Immunitätsdauer nach Monaten geben, wobei als untere Grenze ein Jahr gilt:

12
12
24
24
48
48

Zwei Patientinnen starben ohne operirt zu sein. Eine musste in Anbetracht ihres hohen Alters und ihrer Schwäche als inoperabel entlassen werden, und bei einer erfolgte der exitus let. vierzehn Tage post operationem an Pneumonie. Demnach kämen noch 10 Patientinnen in Betracht, von denen bis jetzt zwei definitiv geheilt sind, d. h. eine Immunitätsdauer von vier Jahren überstanden haben, oder etwa 20%. Es mag noch erwähnt sein, dass sich bei einer Kranken über den Erfolg nichts mehr eruiren liess. Den übrigen Patientinnen konnte nur eine kurze Heilungsfrist verschafft werden, meist aber doch noch von einigen Monaten, in denen die Kranken aber entschieden ein erträglicheres Dasein führten.

Wenn also im Ganzen die Prognose, wie aus den angeführten Zahlen hervorgeht, eine günstige genannt werden darf, so ist sie doch stets dubiös zu stellen, selbst bei rechtzeitiger, zweckentsprechender Therapie, weil in auffallender Weise manche Fälle von Carcinoma vulvae gleich von vornherein einen sehr malignen Charakter dokumentieren, wie zwei unserer Fälle (No. 6 und 14) beweisen.

Bei ihnen waren stets sehr schnell lokale Recidive zu konstatieren. Auch Küstner[1]) und Fischer[2]) machten ähnliche Beobachtungen, wo die Patientinnen schnell, gleichsam einer allgemeinen akuten Carcinose, die übrigens auch bei Mammacarcinom vorkommt (Fischer), erlagen. Was hier das Massgebende ist für den verschiedenen Charakter der Neubildungen, ist wohl schwer zu ergründen. In dem einen unserer Fälle

---

[1]) Zeitschrift für Geburtsh. u. Gynäk. 1881.

[2]) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. XIV.

handelte es sich um den Tumor, der sich aller Wahrscheinlichkeit nach als Adenocarcinoma glandul. Barthol. ansprechen liess, in dem anderen lag aber primär ein einfaches Cancroid zu Grunde.

Hervorzuheben ist noch die eigenthümliche Thatsache, welche prognostisch Bedeutung erlangt, dass auch in unseren Fällen nur einmal ein Uebergreifen des Carcinoms auf die vagina festgestellt wurde, eine Bestätigung des Satzes von Hildebrand[1]: „Das Cancroid überschreitet nur ganz ausnahmsweise (L. Mayer[2]), Eisenhart[3]), Winiwarter[4]) die durch die carunculae myrtiformes angegebenen Grenzen des vestibulum". Vielleicht dürfte dies seinen Grund darin haben, dass der Scheidenschleimhaut Drüsen fehlen (Gegenbauer). Das Vorkommen von Talgdrüsen an der medialen Fläche der labia minora lässt schon hier eine Uebereinstimmung mit der äusseren Haut erkennen und damit die Grenze für den epithelialen Hautkrebs, das Cancroid.

Die Prognose kann endlich noch dadurch ungünstig beeinflusst werden, dass ein Gebilde der Vulvaregion, die urethra, afficirt wird, deren Ergriffensein eine recht unangenehme Komplication zu nennen ist. Wenn ihre teilweise Excision wegen Carcinom nötig wird, so hat man nicht die Garantie, überall im Gesunden operirt zu haben, da hier eine Grenze von selbst gegeben und eine Plastik in dem erkrankten Nachbargewebe auch mit Schwierigkeiten verknüpft ist. Die resultirende Incontinenz erschwert entschieden auch die Heilung.

Die zweite Form maligner Neubildungen an der vulva ist die der Sarkome. Sie sind ungleich viel seltener als die Carcinome, zeichnen sich dafür aber durch eine äusserst reiche Mannigfaltigkeit ihrer Form aus. So wurden kleinzelliges Rundzellen-, Spindelzellen-, Fibro-, Melano-, Medullar-, (Hildebrand) Myxo-, (Winkel) und hämorrhagisches Sarkom beobachtet. Alle Specialisten mit reichem gynäkologischem Material

---

[1]) Billroths Gynäkologie p. 36.

[2]) Virchow's Archiv, Bd. 35.

[3]) Sitzungsber. der Gesellsch. für Gynäk. in München 1889.

[4]) Beiträge zur Statistik der Carcinome. 1878.

haben nur wenige Fälle gesehen. Winkel[1]) hat nur drei aufzuweisen, L. Mayer[2]) zwei; Hildebrand[3]) erwähnt ein Medullar-Sarkom aus eigener Beobachtung. Auf Gurlts statistische Angaben und Guttenplans schon erwähnten Fall sei hier nur noch einmal hingewiesen.

Vier Vulvasarcome, welche von Olshausen operirt wurden, teilt Maas mit. Aus diesen und noch einigen anderen kurzen Berichten geht hervor, dass Patientinnen des verschiedensten Lebensalters von dieser Affection befallen werden. Als Grenzen liessen sich das fünfte (Lannois[4]): tumeur maligne, sarcome de la vulve et du pubis, dévelopée chez un enfant de 5 ans) und 70. Lebensjahr erheben. In der Reihe der aus der Litteratur entnommenen Fälle kommen auf das

I.	Decennium	1 Patientin.
II.	„	2 „
III.	„	2 „
V.	„	3 „
VI.	„	2 „
VII.	„	5 „
VIII.	„	3 „

Dies dürfte mit Winkels Behauptung, dass die Sarkome sich vorwiegend bei jüngeren Personen finden, nicht überstimmen.

Ausgangspunkt und Sitz der Sarkome scheinen besonders die Labien und zwar die grossen zu sein, denn sie waren, soweit es sich zusammenstellen liess, dreizehnmal, clitoris und urethra je einmal befallen.

Unter den so überaus mannigfachen Geschwulstformen nimmt nun wieder das Melano-Sarkom ein besonderes Interesse für sich in Anspruch durch seinen absolut malignen Charakter. Melanome stehen ja überhaupt nach Virchow „in der Reihe bösartiger Geschwülste obenan, glücklicherweise gehören sie dafür aber auch zu den seltensten dem Gynäkologen vor-

---

[1]) Lehrbuch der Frauenkrankheiten.

[2]) Monatsschrift für Geburtsh., Bd. 32.

[3]) Billroth's Gynäkologie.

[4]) Progès méd. Paris. 1883.

kommenden Tumoren“ (Häckel[1]). Unter ihnen überwiegen wieder die Sarkome. Von ihnen gilt es insbesondere, was Häckel allgemein über die Melanome sagt „sie wachsen rasch, inficieren sehr bald die nächstgelegenen Lymphdrüsen, haben grose Neigung zu Recidiven und führen gern zu allgemeiner Melanose und Metastasen in den verschiedenen Organen“. Diesen Angaben entsprechen auch die Beobachtungen, welche in der Königl. Frauen-Klinik zu Halle an einer Patientin mit Melano-Sarkom der vulva gemacht wurden.

Es handelte sich um eine 71 jährige Frau (aufgenommen am 17. Februar 1890), die immer regelmässig menstruirt hatte und mit 48 Jahren in das climax eingetreten war. Unter 9 partus war zweimal forceps angewandt, einmal Wendung und Extraction vorgenommen, wobei eine ruptura perinei erfolgte. Das dritte Wochenbett verlief fieberhaft.

Nachdem schon seit Jahren ziemlich starker fluor bestanden hatte, bemerkte Patientin vor sechs Monaten an der linken Seite der vulva einen anfangs kleinen, allmählich wachsenden Tumor, der seit drei Wochen erhebliche Beschwerden, Brennen und Stechen durch Benetzung mit Urin verursachte. An den inneren Körperorganen waren keine abnormen Erscheinungen zu konstatieren.

Genitalbefund: Am rechten lab. maj. beginnend und sich nach links über die Clitorisgegend ins linke lab. min. fortsetzend eine im Centrum stark zerfallene Geschwulst, die besonders an den äusseren Partieen eine blauschwärzliche Farbe zeigt. Der Tumor erstreckt sich nach oben bis in die Mitte des mons Veneris und reicht, besonders links, ganz nahe an die Urethralmündung heran. Er ist auf der Unterlage beweglich.

Bei der Operation am 18. Februar 1890 macht Geheimrath Kaltenbach eine λ förmige Umschneidung und excidirt das Neoplasma. Die Blutung wird durch Kompression der Art. pudendae leicht beherrscht. Tiefe bis aufs Periost gehende

[1]) Archiv für Gynäkologie. Bd. XXXII.

Seidennähte schliessen den Defect. Die urethra bleibt unverletzt, die geschwollenen Leistendrüsen werden nicht mitexstirpirt. Der Katheterismus post operationem gelingt stets leicht. Heilung per secund. intent.

Schon am 15. Juli desselben Jahres wurde Patientin abermals aufgenommen, weil seit vier Wochen im Bereich der alten Narbe und in den Nachbarpartieen neue Knoten entstanden, von denen zwei bereits exulcerirt sind und secernieren. Jetzt wird zeitweise Dyspnoe und unregelmässige Herzaktion konstatirt. Abmagerung und Kräfteverfall sind noch nicht hervortretend.

Genitalbefund: Im Bereich der Narbe an der Innenseite des lab. maj. sinistr. ein breiter Strang aus einzelnen ungefähr haselnussgrossen Knoten bestehend. An zwei Stellen sind verschiedene dieser Knoten exulcerirt und zeigen eine glatte mit missfarbigem Belag bedeckte Geschwürsfläche. Auch im obersten Theil der Narbe auf dem mons Veneris einzelne unter der Haut liegende Knoten.

Am 18. Juli Exstirpation sämtlicher harter Partieen. Mehrere Knoten zeigen sehr characteristische melanotische Verfärbung auf dem Durchschnitt. Die Narcose verlief glatt. Der Verlauf der Wundheilung wird bei der dementen Patientin nur durch unregelmässige Herzaktion und vorübergehende Dyspnoe gestört. Heilung per secund.

Schon vier Wochen nach der Entlassung entstand wieder ein lokales Recidiv. Die erwähnten Allgemeinsymptome steigerten sich und am 1. December 1890 erfolgte der Tod.

Die microscopische Untersuchung ergab zweifellos ein exquisites Pigment-Spindelzellen-Sarkom.

Auch die anderen in der Litteratur bekannten Fälle illustriren die erwähnten Charakteristika der Melano-Sarcome. Zuerst hat wohl Bailly[1]) 1869 auf diese Vulvatumoren durch Veröffentlichung seines Falles aufmerksam gemacht. Er schreibt: „nirgends findet sich eine pigmentirte Geschwulst der vulva erwähnt trotz des Pigmentreichthums der weiblichen Genitalorgane und trotz der Schwere der Affection, deren Aetiologie so dunkel ist.“ Seine Beobachtung betraf:

---

[1]) Gaz. hébd., Ser. V.

Eine 72jährige Patientin. 4 partus. Mit 43 Jahren Amenorrhoe. Am lab. min. dextr. nahe der clitoris bestand seit $7^1/_2$ Monaten ein kleinhaselnussgrosser Tumor, der sehr langsam zunahm. Plötzlich rasches Wachstum, Exulceration. Im Laufe eines Monats hatte der Tumor das ganze orif. vulvae obstruirt. Operation: Umschneidung und Excision.

Nach vier Wochen Recidiv, schnell zunehmende Kachexie.

2) Häckel[1]): 69jährige Patientin. Beginn 11 Monate ante operationem. Sitz: die Labien. Inguinaldrüsen beiderseits, namentlich links, stark infiltrirt. Linke Cubitaldrüse geschwollen. Exstirpation. Lymphgefässe, mit blauschwarzer Masse gefüllt, ziehen als feine Stränge zur regio inguinalis. Die tiefschwarzen Drüsen werden mitgenommen. 5 Monate post operat. Tod an zahlreichen Metastasen im abdomen, Leber und anderen Organen.

3) Fischer[2]): 56jährige Patientin. Fluor albus. Beginn 5 Monate ante operat. Sitz: lab. maj. sinistr. Linke Inguinaldrüsen geschwollen. Exstirpation. Nach 4 Monaten Recidiv; ulcerirte Tumoren an den Labien und in den regiones inguinales. Nach weiteren zwei Monaten Tod.

4) Goth[3]): Nullipara. Beginn zwei Jahre ante operat. ohne Beschwerden. Dann lancinirende Schmerzen, schnelles Wachsthum. Sitz: die labien. Lymphdrüsen nicht infiltrirt. Allgemeinbefinden, Ernährungszustand nicht gestört. Exstirpation. Nach 5 Monaten noch gesund.

5) Terillon[4]): 62jährige Frau. Sitz: lab. min. dextr. Vagina und portio vaginalis zeigen ebenfalls dunkel pigmentirte Stellen. Operation. In der rechten regio inguinalis ein schwarzdurchschimmernder Tumor. Schnell zahlreiche Metastasenbildungen. 9 Monate post. operat. Tod an allgemeiner Sarcomatose.

---

[1]) Archiv für Gynäkologie, Bd. XXXII.
[2]) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XIV.
[3]) Centralblatt für Gynäkologie, 1881 V.
[4]) Annal. de gynecol., 1886.

6) Müller[1]): Sitz: clitoris. Operation ohne Drüsen. Die infiltrirten glandulae inguinal. sollten in einer zweiten Sitzung exstirpirt werden. Patientin starb aber an schnell zunehmender Kachexie. Ausser hirse- bis hanfkorngrossen Knoten im Douglas auch am ligam. rotund. ein bohnengrosser Tumor und in fast sämtlichen Organen Metastasen.

7) Prescott-Hewitt[2]): 59jährige Patientin. Sitz: labien, clitoris. Inguinaldrüsen infiltrirt. Beginn 8 Monate ante operat. Zwei Monate post operat. Recidiv, dem Patientin nach 4 Monaten erlag.

Wenn dies Beweismaterial auch nur ein geringes ist, so geht doch aus ihm hervor, dass in allen zweifellos Melano-Sarcome betreffenden Fällen dieser Art von Neoplasma eine hochgradige Malignität zukommt. Der Fall No. 4, den Goth beschreibt, macht gleichsam eine Ausnahme und lässt den Verfasser folgende Behauptung aufstellen: „insbesondere verdient die relative Gutartigkeit des Neugebildes hervorgehoben zu werden, da dasselbe weder Infiltration der benachbarten Lymphdrüsen, noch irgend eine Rückwirkung auf den Gesamtorganismus bewirkte (Kachexie), auch 5 Monate post operat. keine Spur von Recidiv veranlasste, was um so bemerkenswerther ist, als melanoide Geschwülste von jeher als besonders bösartig verrufen sind.“ Aber diese Abweichungen haben wahrscheinlich den Grund, dass der Tumor zu jenen Geschwülsten gehörte, die den Uebergang von den Carcinomen zu den Sarcomen bilden, also kein typisches, reines Melano-Sarkom vorlag.

Prescott und Bailly haben diagnostisch nur die Allgemeinbezeichnung Melanom gewählt; der ganze Verlauf spricht für Sarcom.

Die Prognose der Vulvasarcome ganz allgemein ist offenbar weniger günstig zu stellen, als die der Carcinome. Nur Maas berichtet einen Fall, wo nach sechs Jahren noch kein Recidiv eingetreten war. Sonst war die Beobachtungsdauer

---

1) Berliner klin. Wochenschr., 1881.

2) Ref. in Canstatts Jahresbericht, 1861, Bd. IV.

für ein sicheres Urteil stets zu kurz. Wie schon vorher nachgewiesen, gilt die üble Prognose nun bei den Melano-Sarcomen in noch erhöhtem Grade. Hier ist sie wohl stets absolut infaust zu stellen.

Fassen wir nun die therapeutische Frage der malignen Vulvatumoren überhaupt näher ins Auge, so ergiebt sich, dass von ihr auch ganz wesentlich Prognose und Recidivfähigkeit abhängen. Inwiefern? soll in Folgendem dargethan werden.

Die Therapie hat sich lediglich auf einen operativen Eingriff zu beschränken, vorausgesetzt natürlich, dass die Patientinnen nicht erst mit so weitgehenden Gewebsdestruktionen in Behandlung kommen, welche keine Exstirpation mehr zulassen. Je frühzeitiger aber die Excision vorgenommen wird, desto günstiger sind die Chancen für eine radicale Heilung. Nach Kaltenbach[1]) kann man je nach Art der Tumoren entweder Ausschälung oder einfache Abtragung machen. Die galvanokaustische Methode allein ohne vorgängige Abtragung des Mutterbodens, wie sie z. B. Gönner[2]) und Rokitansky empfehlen, verspricht keinen Erfolg (Kaltenbach). Bei der oft recht umfangreichen Geschwulstfläche lässt sich nicht immer im Gesunden operiren und selten eine prima intent. des grossen Defektes erzielen. Aber da kommt es denn bisweilen vor, dass „durch ausgebreitete Gewebsnekrose nach der Operation der Eintritt von Recidiven weit hinausgerückt wird,“ wie Kaltenbach schreibt. Derselbe Autor erwähnt einen Fall von Veit, wo „es nach Exstirpation eines Cancroids der vulva zu Gangrän der Wundfläche kam, wodurch der Substanzverlust noch weit über die ursprüngliche Intention hinaus vergrössert wurde. Die Kranke war 5 Jahre post operationem noch gesund.“

Liess sich der Defekt in unseren Fällen nicht gleich zum Verschluss bringen, so wurde zuerst mit Jodoformgaze tamponirt, mit Kali hypermang. oder Desinficientien häufig ausgespült und ein antiseptischer, auch Campherweinverband, angelegt. Oft ist es erstaunlich, wie schnell grosse Wundhöhlen sich

---

[1]) Operative Gynäkologie von Hegar und Kaltenbach p. 823 — 829.

[2]) Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie 1882.

dann durch Granulationsgewebe schliessen. Eine sekundäre plastische Operation wurde nie nötig. Die auf diese Weise operirten und nachbehandelten Patientinnen konnten insgesamt stets nach verhältnissmässig kurzer Zeit mit geschlossener Wunde entlassen werden. Wie sich der Erfolg bei ihnen gestaltete, darüber ist bereits an anderer Stelle abgehandelt. Lassen sich die dort angegebenen Zahlen nun vielleicht begründen und dürfen irgend welche therapeutische Faktoren bei den günstigen Resultaten in Anrechnung gebracht werden? Ich glaube diese Fragen bejahen zu können, denn, dass solche Faktoren vorhanden sind, lehrt ein Blick auf die Krankengeschichten der beiden Fälle, welche eine vierjährige Immunitätsdauer bereits überstanden haben. Nur bei ihnen schloss sich an die ausgiebige Lokalexstirpation eine Ausräumung der beiderseitigen Inguinaldrüsen. Es liegt natürlich nahe, beides in Zusammenhang mit einander zu bringen und auf Grund dieser auffallenden Thatsache die Drüsenfrage etwas eingehender zu betrachten.

Die glandulae inguinales verhalten sich sehr verschieden bei den malignen Vulvatumoren. Es giebt Fälle, wo sie trotz lange bestehender Ulceration ganz unbetheiligt bleiben, dann wieder sehr frühzeitig infiltrieren oder erst nach einer Operation den Boden zu baldigen Recidiven abgeben. So weit sich aus dem oft lückenhaften Litteraturmaterial entnehmen liess, waren sie unter 46 Carcinomfällen bei der ersten Operation 17 mal, unter 20 Sarcomfällen fünfmal infiltrirt, der oft zweifelhaften Angaben „anscheinend frei" nicht zu gedenken. Wie hat man sich nun den Drüsen gegenüber bei der Operation zu verhalten? Zwei Möglichkeiten kommen da in Betracht:

1) man exstirpirt nur dann, wenn sie bereits infiltrirt sind,
2) man exstirpirt sie in jedem Fall prophylaktisch.

Eine Mittelstellung, die das abwartende Verfahren einschlagen will auf Grund mehrfacher Beobachtungen, wo die Drüseninfiltrationen post operationem zurückgingen, lässt sich wohl kaum rechtfertigen, da es klinisch nicht entschieden werden kann, ob man es mit bereits carcinomatösen oder nur mit entzündlich geschwollenen Drüsen zu thun hat. Jedes Ver-

fahren hat seine Vertreter. Winkel [1]) befürwortet das exspectative Verhalten, doch dürfte sein Grund sich kaum als stichhaltig erweisen. Ihm erscheint dieser Eingriff bedenklich, weil dann ein längeres Krankenlager entsteht, „das den meist alten Individuen doch recht nachteilig werden kann." Wo aber unter antiseptischen Kautelen operirt wird, lässt sich sicherlich in der regio inguinalis, wenn die Drüsen nicht schon ulcerirt waren, eine prima intentio erreichen, die das ohnehin notwendige Gebundensein ans Bett nicht verlängert. Wenn dieser Autor ferner zur Begründung anführt „ich habe wiederholt erlebt, dass nach der Excision des Vulvacancroids die betreffenden Inguinaldrüsen bald abschwollen und habe niemals bei der ersten Operation die Drüsen, selbst wenn sie geschwollen waren, mit exstirpirt", so wird ihm hierin jeder Gynäkologe beistimmen können, dem ein reichlicheres Material zu Gebote steht. Ausser anderen machten z. B. Martin und Winiwarter die gleichen Beobachtungen. Letzterer sagt über diesen Punkt: „es scheint, dass bei den Carcinomen der äusseren Genitalien (beiderlei Geschlechts) Drüsenschwellungen vorkommen, die nicht carcinomatöse, sondern rein entzündlicher Natur sind, wie etwa die Adenitis nach einer chronischen Blennorhoe. Zuweilen gehen die infiltrirten Drüsen zurück." Jedenfalls ist dies, aus den spärlichen Angaben zu schliessen, selten. Betrachtet man dem gegenüber nun aber die Fälle, wo nach Zurücklassung der Drüsen in ihnen früher oder später Recidive eintraten, so wird man leicht einsehen, dass dies viel häufiger vorkommt.

Bei 46 gesammelten Carcinomfällen recidivirte allein fünfzehnmal der Tumor post operat. in den Leistendrüsen, etwa 32 %, bei unsern 10 Kranken dreimal, also in 30 %. Somit ergiebt sich eine ziemliche Uebereinstimmung. In diesen Fällen waren also die infiltrirten Drüsen nicht zurückgegangen, man dürfte daher eher geneigt sein, das Abschwellen als Ausnahme zu bezeichnen. Damit wäre dann schon eine Indikation gegeben, jede infiltrite Drüse zu exstirpieren, wofür auch Wini-

---

[1]) Lehrbuch der Frauenkrankheiten S. 42.

warter, der bekanntlich ein sehr grosses Carcinommaterial statistisch verwertet hat, plaidirt. Er sagt: „Meines Erachtens ist die Infiltration der Inguinaldrüsen zu häufig unberücksichtigt geblieben. Ich würde unbedingt, trotz der zwei günstigen Resultate für Exstirpation jeder vergrösserten Lymphdrüse stimmen, wenn es eben auf eine radikale Operation ankommt. Gerade bei dieser Kategorie von Carcinomen, die so gute Heilungsresultate giebt, lohnt es sich, alles Verdächtige sorgfältig zu entfernen.“ Weil eben dieser Punkt bisher wohl zu wenig gewürdigt ist, lassen sich noch keine Zahlenbeweise geben. Dann fehlt in den litterarischen Veröffentlichungen auch oft die genügend lange Beobachtungsdauer, welche doch allein den Erfolg verbürgen kann. Immerhin sind Fälle bekannt, wo man berechtigt ist, eine mehrjährige Heilung auf die Operation mit Drüsenexstirpation zurückzuführen. Lehmann erwähnt einen, Maas zwei Fälle, wo die Patientinnen nach $2^1/_2$ resp. 3 und 4 Jahren noch recidivfrei waren. Gönner exstirpirte ein Carcinom ohne Drüsenschwellung; bald nachher recidivirte der Tumor und die Drüsen zeigten Infiltration. Eine abermalige Operation mit Ausräumung der Drüsen verschafft der Patientin $1^1/_2$jährige Immunität. Ebenso verfuhr Olshausen in einem von Maas berichteten Fall; das Weitere fehlt. Martin exstirpirte endlich einmal die infiltrirten Drüsen und sah die Patientin nach drei Monaten noch gesund, freilich eine zu kurze Zeit, um aus ihr günstige Schlüsse ziehen zu können. Wenn auch nicht direkt hierher gehörig, so lässt sich als Analogon doch ein Fall von Fischer anführen: Melanosarkom des Dammes und der Inguinaldrüsen, der geeignet ist, die Frage der Drüsenexstirpation zu stützen. Hier wurde nämlich an beiden Stellen alles Krankhafte entfernt, in der regio inguinalis sogar ein Stück Gefässscheide, Muskulatur des Bauches, das ligamentum Poupartii, gewiss ein radikaler Eingriff, der aber dauernden Erfolg sicherte, denn nach 10 Jahren war der Patient noch gesund.

Auf Grund vorstehender Angaben glaube ich, auch wenn das Material eigentlich nicht reich genug ist, doch mindestens die Frage: sollen die geschwollenen Leistendrüsen bei einem

Tumor der vulva mitexstirpirt werden? bejahen zu müssen, wie es schon Müller, Benike, Gönner und Häckel gethan haben. Letzterer führt als besonders ermutigend Fischers Fall an, in dem metastatische Knoten der Inguinaldrüsen exstirpirt wurden und doch nach 11 Jahren noch kein Recidiv eingetreten war.

Empfehlenswerter dürfte es aber sein, in jedem Fall die Drüsen derselben Seite, auch wenn sie nicht fühlbar intumescirt sind, zu entfernen, ein Akt, den die Chirurgen schon längst bei den Mammacarcinomen vornehmen. Diese Erfahrungen lassen sich sehr wohl zur Vergleichung heranziehen. Die Prognose ist bei den Brustdrüsenkrebsen im Laufe der Jahre immer besser geworden und zumal seit der Zeit, dass man sich gewöhnt hat, principiell die Achseldrüsen wegzunehmen, hat sie sich ungemein gebessert. Ja, Gussenbauer hat neuerdings auch geraten, die Supraclaviculardrüsen bei der Operation auszuräumen. Ganz ungefährlich ist dies Verfahren gewiss nicht; es können Phlegmonen oder infolge der Venenligatur Thromben und Embolien entstehen, aber die Wahrscheinlichkeit einer ungünstigen Prognose dürfte dabei wohl nur ebenso gross sein wie bei den Fällen von Vulvacarcinom, wo man die nächstgelegenen Drüsen sich ganz selbst überlässt und in diesen dem primären Lokalaffect zunächst gelegenen Etappen am ehesten ein Recidiv erwarten darf, wie es so häufig geschieht.

In der regio inguinalis müssten dann freilich alle Drüsen entfernt werden, nicht nur die über der Fascie gelegenen, welche gewöhnlich beim Vulvacarcinom anschwellen, sondern auch die in der Tiefe die grossen Schenkelgefässe umgebenden, gewiss ein sehr mühsames, aber auch dankbares Werk, wenn dadurch einer Anzahl Patientinnen das Leben gerettet oder um einige Jahre verlängert wird. Als Grenze für die Drüsenexstirpation dürften die Fälle anzusehen sein, wo man bereits am inneren Beckenrande kleine Drüsentumoren fühlen kann, welche in das abdomen ziehen. Dann ist die Prognose absolut infaust zu stellen und der Fall ein inoperabler. Eine Palpation des Beckeninneren sollte aber niemals versäumt werden.

Natürlich müssen nun erst weitere praktische Thatsachen

für diese Postulate in dem Drüsenkapitel sprechen, das jedenfalls eine eingehendere Berücksichtigung verdient.

Auf Grund vorstehender Erörterungen lassen sich also unsere beiden geheilten Fälle begründen. Aber auch bei den anderen fehlt es nicht an Momenten, welche das Endresultat, ob günstig oder ungünstig, einigermassen erklären. Die dritte nach zwei Jahren noch recidivfreie Patientin kam verhältnismässig früh, vier Wochen nach Beginn der noch nicht sehr ausgedehnten Geschwulst, in Behandlung. Bei ihr waren die Drüsen noch nicht infiltrirt und eine ausgiebige Excision im Gesunden genügte, den lokalen Heerd zu zerstören. Erst nach zwei Jahren trat bei einer anderen Patientin ein Recidiv auf, aber nicht lokal in der alten Narbe, sondern im Parametrium. Dieser Erfolg ist auf Rechnung der Operation zu setzen „wenn man dem von anderer Seite neuerdings wieder aufgestellten Satze beipflichtet, man dürfe z. B. ein Magen- oder Lebercarcinom, das längere Zeit nach der Operation auftrete und zwar ohne lokales Recidiv, als eine von der operirten Stelle unabhängige neu entstandene Erkrankung taxieren“ (Fischer). In einem weiteren Fall stellte sich nach neun Monaten nur ein Recidiv in der rechten Inguinalbeuge ein, wo die Drüsen bereits zur Zeit der Operation geschwollen waren, eine Ausräumung aber des grossen Defektes an der vulva wegen, von der Urethral- bis dicht an die Analöffnung reichend, unterlassen werden musste. Patientin stellte sich eben erst sechs Monate nach Entstehung mit dem schon stark ulcerirten Tumor vor. Auch bei den übrigen Kranken hatte das Neoplasma teilweise schon zu lange, einmal zwei Jahre, bestanden.

Endlich sei nur noch darauf hingewiesen, dass bei den malignen Tumoren der vulva eine Radicaloperation auch durchaus berechtigt ist, wenn das Neoplasma mit Gravidität seiner Trägerin kombinirt ist, obgleich sich erfahrungsgemäss die Wahrscheinlichkeit eines Abortes bei Operationen vom uterus an mit seinen Adnexen bis zu den äusseren Genitalien steigert. Für Carcinome dürfte diese Komplication sehr selten von Bedeutung sein, da ja meist Individuen befallen werden, die schon ins Klimax eingetreten sind. Bei Sarcomen dagegen

könnte es sich eher ereignen. Einen solchen Fall beobachtete Simon[1]). Bei der im zweiten Monat Graviden verlief der operative Eingriff glücklich ohne nachteilige Folgen, doch recidivirte der Tumor schnell und gab ein erhebliches mechanisches Geburtshindernis ab, da Simon Bedenken trug, ihn kurz ante partum abzutragen. Die Frucht blieb am Leben, während die Mutter nach wenigen Monaten zahlreichen Metastasen im Körperinneren erlag.

Die Motive, welche Simon zu diesen Verfahren bewegten und die er in kritischer, sehr ausführlicher Weise darlegt, dürfen aber heutzutage nicht mehr Geltung behalten. Jetzt wird wohl jeder Operateur, sobald ein Tumor an den äusseren Genitalien als maligner erkannt ist, unter allen Umständen sofort die Exstirpation vornehmen, selbst wenn die Gravidität ihrem Ende nahe ist.

---

[1]) Monatsschrift für Geburtshülfe XIII. 1859.

Zum Schluss sei es mir gestattet, Herrn Geheimrat Prof. Dr. Kaltenbach und Herrn Privatdocent Dr. von Herff für die Anregung zu dieser Arbeit und die gütigen Unterstützungen meinen herzlichen Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Am 18. October 1864 wurde ich, Carl Ernst Wilhelm Blümcke, evangelischer Konfession, zu Parnow, Kreis Coeslin, als Sohn des dortigen Rittergutsbesitzers Rudolf Blümcke und seiner Ehegattin Emma geb. Dudy geboren. Für das Gymnasium privatim vorbereitet, besuchte ich von Michaelis 75—84 das Königl. Gymnasium zu Coeslin und von 84—86 das Städtische Gymnasium zu Greifswald, welches ich Michaelis 1886 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Am 28. October 1886 wurde ich in der medicinischen Fakultät der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin inscribirt. Vom 1. April bis 1. October 1887 genügte ich hier meiner Dienstpflicht bei der IX. Kompagnie des Kaiser-Alexander-Garde-Grenadier-Regimentes No. 1. In den drei nächsten Semestern widmete ich mich in Halle dem Studium der Medicin und bestand daselbst am 26. Juli 1888 die ärztliche Vorprüfung. Im Beginn des Sommersemesters 1889 siedelte ich nach München über, wo ich bis Ostern 1890 blieb; darauf kehrte ich nach Halle zurück, um hier meine Studien zu beschliessen. Am 9. Juli 1891 bestand ich das Examen rigorosum.

Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten, denen ich meinen aufrichtigen Dank an dieser Stelle ausspreche:

Berlin: Waldeyer, Hartmann, Wittmack.

München: Bauer, Bollinger, Posselt, von Rothmund, Schech, Stumpf, Winckel, von Ziemssen.

Halle: Ackermann, Bernstein, von Bramann, Bunge, Eberth, Genzmer, Graefe, Harnack, Hitzig, Kaltenbach, Kohlschütter, Kraus, Krause, Küssner, von Mering, Oberst, Pott, Renk, Schwartze, Seeligmüller, Volhard, Weber, Welcker.

Thesen.

I.

Die Entstehung sekundärer Tumoren in der vagina und vulva bei primärem Uteruscarcinom lässt sich durch die Annahme einer sogenannten Impfmetastase erklären.

II.

Bei der Diphtherie ist die Tracheotomie der Intubation des larynx vorzuziehen.

III.

Die balneologisch-gymnastische Therapie bei chronischen Herzkrankheiten ist der diätetisch-medicamentösen mindestens gleichwertig.